ITEM 80 : OCCLUSION ARTERIELLE RETINIENNE

= **Occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR)** ou **d'une de ses branches (OBACR)**
- Arrêt circulatoire ➝ **lésions ischémiques définitives de la rétine interne** en **90 minutes**

Physiologie

Circulation choroïdienne	- Issue des **artères ciliaires postérieures** - Vascularise les **couches externes de la rétine** : **épithélium pigmentaire** et **photorécepteurs**
Circulation rétinienne	- Issue de l'**artère centrale de la rétine**, se divise en **2 branches supérieure** et **inférieure**, qui se divisent ensuite en **branche temporale** et **nasale** - Vascularise les **couches internes de la rétine** : **cellules bipolaires**, **ganglionnaires** et **fibres optiques** - De type terminal, sans anastomose avec la circulation de voisinage - L'arrêt circulatoire dans le territoire de l'artère centrale de la rétine entraîne des lésions ischémiques définitives de la rétine interne en 90 minutes

OACR

Occlusion de l'artère centrale de la rétine : pathologie rare, le plus souvent vers 60 ans, rarement bilatéral (1 à 2%)

SF		- **Baisse d'acuité visuelle :** brutale, indolore - Parfois antécédents d'**amaurose transitoire** (emboles spontanément résolutifs)
SC		- **Œil blanc et indolore** - **Acuité visuelle effondrée**, le plus souvent limitée à une **perception lumineuse** - Pupille en **mydriase aréflective** dans les 1ère minutes suivant l'occlusion (RPM direct aboli, consensuel conservé)
FO		- Aspect **normal** au stade très précoce, avec **rétrécissement diffus du calibre artériel**, parfois **courant granuleux** - Dans les heures suivantes : - **Œdème blanc rétinien ischémique** - **Tache « rouge cerise » de la macula** (fovéola vascularisée que par la choroïde)
	Angiographie à la fluorescéine	= Non indispensable au diagnostic : - **Retard extrême de perfusion** de l'artère centrale - **Allongement du temps de remplissage artério-veineux**
Evolution		- Quasiment toujours défavorable en l'absence de reperméabilisation rapide : lésions rétiniennes définitives - Régression de l'œdème rétinien en 4 à 6 semaines, laissant une **papille pâle, atrophique**, des **artères rétiniennes grêles et filiformes. Les couches internes de la rétine s'atrophient** - Récupération très rarement supérieure à 4/10e

OBACR

- Cause identique à l'OACR, **en dehors de la maladie de Horton** (artères non musculaires)

SF	= Variable selon la localisation de l'occlusion et l'étendue de l'ischémie, atteignant ou non la macula - Début brutal et indolore : - **Amputation du champ visuel**, souvent à limite horizontale - **Baisse d'acuité visuelle** en cas d'atteinte de la macula
SC	- **FO** : **œdème rétinien ischémique en secteur**, localisé au territoire de la branche occluse, souvent au niveau d'une **bifurcation artérielle**, avec présence d'un **embole** fréquemment - **Angiographie à la fluorescéine (non indispensable au diagnostic)** : retard/absence de perfusion du territoire de la branche occluse
Evolution	- Résorption de l'œdème rétinien en quelques semaines, avec remontée de l'acuité visuelle - Pronostic visuel bon dans **80%** des cas (AV > 5/10ème), avec amputation du champ visuel séquellaire

Etiologie

Embolie	➝ Embole parfois visible au fond d'œil - **Athérome carotidien** : cause la plus fréquente - **Cardiopathie emboligène** - Rare : **embolie graisseuse** (nodules cotonneux), **embolie tumorale** (myxome de l'OG)
Thrombose	- **Maladie de Horton** : à rechercher systématiquement en cas d'OACR chez les patients > 50 ans - **Maladie systémique** : **lupus, granulomatose avec polyangéite, Takayasu, Kawasaki,** granulomatose éosinophilique avec polyangéite
Coagulopathie	- **Thrombophilie** : **déficit en protéine C activée, SAPL**…
Bilan étiologique	= **Echo-Doppler des TSA**, **ECG**, **ETT/ETO**, **VS/CRP**, +/- **bilan de coagulation**

TTT

➝ Urgence thérapeutique et diagnostique : traitement le plus précoce possible, généralement décevant
- **AspirineIV** ou **oral** à 160-325 mg : systématique

TTT maximal (sujet jeune **< 6h**) :
- **Hypotonisant** : **acétazolamide** (Diamox®) IV ou oral : permet la mobilisation d'un éventuel embole intravasculaire
- **Vasodilatateur** en perfusion IV
- **Fibrinolytique IV** ou **intra-artériel** : doit être très précoce (rarement utilisé)
- ➝**Anticoagulation** non efficace sur l'OACR (débutée pendant le bilan dans l'hypothèse d'une affection emboligène)

Rappel :
- Aspirine : efficace sur les pathologies artérielles (infarctus, AVC)
- Héparine : efficace sur les pathologies veineuses (EP, TVP)

Nodule cotonneux	= **Occlusion d'artérioles rétiniennes pré-capillaire** : asymptomatique Nodule cotonneux : accumulation dans les fibres optiques de matériel axoplasmique dont le transport actif est interrompu - FO : lésions de petite taille, blanches, superficielles, d'aspect duveteux, à contours flous, le plus souvent le long des arcades vasculaires - Cause : **HTA, occlusion veineuse rétinienne, diabète, VIH, collagénose** (lupus, périartérite noueuse), **embolie graisseuse, pancréatite aiguë, syndrome de Purtscher** (associée à un traumatisme crânien)